

Caroline AubasPôle psychiatrie, AP-HM
Marseille**Olga Loris**Association JUST
Marseille**Julien Grard**Équipe Marss, AP-HM
Association JUST
Marseille**Aurélien Tinland**Équipe Marss, AP-HM
Laboratoire de santé publique EA 3279
Aix-Marseille Université

Sindiane, un programme communautaire pour personnes migrantes arabophones

De la recherche d'un monde meilleur à la fuite de situations de violence, d'indignité ou de persécution, celles et ceux qu'on nomme les « migrant.e.s » emportent un bagage qui peut être lourd et traumatique, mais laissent derrière eux.elles leur milieu de vie, une partie de leur entourage, leur chez-soi et autant de choses qui leur sont chères.

1 Selon le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (United Nations Refugee Agency, UNHCR), le nombre de personnes déplacées dans le monde en 2017 du fait de conflits s'élèverait à 68,5 millions, dont 25,4 millions de réfugiés, parmi lesquels 3,1 millions de demandeurs d'asile. Source : UNHCR. (2017). *Rapport global 2017*. Genève, Suisse : UNHCR.

2 Fassin, D. (2018). *Migrants, la grande hypocrisie*. Le 1, 188.

3 Shedrawy, J., et al. (2018). « Valuable but incomplete! »: A qualitative study about migrants perspective on health examinations in Stockholm. *International Health*, 10(3), 191-196.

4 Bogic, M., Njoku, A. et Priebe, S. (2015). Long term mental health of war-refugees: a systematic review of the literature. *BMC International Health and Human Rights*.

5 Jakab, Z. (2015). Message from the WHO Regional Director for Europe: European Member States welcome increased WHO support for refugee and migrant health. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1121.

6 Mekki-Berrada, A. (2018). Ayn Mika: Traumatic experiences, social invisibility and emotional distress of sub-saharian women with precarious status in Morocco. *Transcultural Psychiatry*; Cristofalo, D. et al. (2018). Access to and use of psychiatric services by migrants resettled in Northern Italy. *Journal of Immigrants and Minority Health*, 0(6), 1309-1316.

7 *Sindiane* signifie « un chêne, un arbre fort ». En arabe, le genre de ce mot est féminin.

8 Nazzari, K. H. (2014). An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. *Psychological Services*, 11(4), 477-485.

9 Griswold, K. S., et al. (2018). Strengthening effective preventive service for refugee populations: towards communities of solution? *Public Health Reviews*, 39, 3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809847/>

Le devoir du pays refuge est de faire, selon l'ordre préétabli qui y règne, place à l'arrivant.e, de lui faire accueil, c'est-à-dire de lui garantir une liberté d'accès aux droits fondamentaux, notamment sociojudiciaires et sanitaires. Mais dans le contexte géopolitique actuel¹, où le besoin d'accueil des migrants en demande d'asile ne cesse de croître, ce sont surtout les déficiences du dispositif d'accueil qui ont été pointées, en dépit de quelques améliorations ponctuelles², ainsi que la responsabilité des pouvoirs publics. Les demandeur.euse.s d'asile eux.elles-mêmes, lorsqu'il.elle.s sont interrogé.e.s soulignent un manque important sur le plan de la santé mentale, ainsi qu'un accès limité aux informations³.

L'exposition à des facteurs de stress dans le pays d'origine est souvent très importante. Dans le cas des réfugié.e.s syrien.ne.s, une étude réalisée en Grèce évaluait à près de 80 % le taux de celles et ceux ayant subi au moins un événement violent. Mais, comme le montre la littérature, la santé mentale de ces hommes et de ces femmes est influencée à long terme à la fois par les événements prémigratoires et les événements postmigratoires⁴. C'est l'ensemble de ces facteurs qui influence le bien-être psychique ou exacerbe une pathologie mentale préexistante⁵.

Malgré ces observations, le soutien psychosocial nécessaire pour atténuer les événements difficiles (violences institutionnelles, discriminations, stigmatisation, rejet, violences interpersonnelles, etc.) inhérents à la période postmigratoire, voire pour en prévenir la survenue, demeure insuffisant. Les personnes concernées restent souvent dans une grande vulnérabilité sociale et psychique, avec une forte détresse émotionnelle et une utilisation très importante de services psychiatriques⁶. Dans ce contexte, le développement de compétences psychosociales ciblées paraît ainsi fondamental pour ces personnes afin de favoriser leur résilience et leur rétablissement.

Une politique de santé inadaptée aux besoins spécifiques des migrants

Actuellement, en France, peu d'actions existent en amont d'une prise en charge symptomatique psychiatrique. Seules les cellules d'urgence médico-psychologique (Cump) interviennent

au décours immédiat de certains événements et peuvent être considérées comme des dispositifs préventifs. Elles ne sont cependant pas adaptées à la problématique des demandeur.euse.s d'asile, qui ont pu vivre des événements de survenue brutale, mais ayant eu lieu un certain temps avant leur arrivée, comme des maltraitements divers, des expériences négatives ou traumatisantes liées à la migration elle-même et à l'arrivée dans le pays refuge.

Lorsque le temps de la prévention est dépassé, que les troubles liés aux traumatismes sont plus avancés, plus caractérisés, plus enkystés, plus compliqués et nécessitent alors une prise en charge, celle-ci est rarement spécialisée. Elle s'inscrit plutôt dans le parcours de soins public conventionnel, c'est-à-dire le service territorial, notamment ambulatoire (centres médico-psychologiques), ainsi que l'hospitalisation de secteur ou les consultations en secteur privé. L'accès aux informations sociales et juridiques est plus souvent spécifique (plateformes d'accueil des réfugiés, travailleur.euse.s sociaux.ales des centres d'hébergement de demandeurs d'asile [Cada]), mais il est souvent considéré comme insuffisant en quantité et en qualité compte tenu des multiples rôles exercés par les référents de terrain.

Déterminer le moment le plus juste pour l'intervention, le soutien ou le soin est également une question fondamentale et délicate. L'arrivée se fait dans l'urgence, mais la crise psychique, si elle existe, n'est pourtant pas nécessairement aiguë; y répondre en prodiguant des soins d'« urgence » serait réducteur au regard de la temporalité des charges traumatiques portées.

L'approche communautaire, une alternative prometteuse au cœur du programme Sindiane

Des interventions précoces et de prévention, comme le propose le programme communautaire Sindiane⁷, ont déjà été évaluées positivement⁸. Le cadre plus général de l'approche communautaire semble une forme prometteuse pour accompagner les personnes engagées dans un processus de migration et qui souhaitent bénéficier de cette aide⁹.

En France, ce type d'approche est peu répandu, la tendance générale consistant plutôt à prendre en charge un individu en prenant peu en compte son appartenance à un groupe culturel singulier ou à une communauté. De plus, les dispositifs de prise en charge sont peu flexibles. Pourtant, les attentes de ces personnes migrantes en termes d'accompagnement et de soutien psychologique sont étroitement liées à un contexte d'arrivée qui leur est propre.

Dans les années 1980, dans le sillage de Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie a popularisé des pratiques de « médiation culturelle ». Mais ces premières initiatives visant à gérer la « souffrance immigrée » ont pu être jugées culturalistes et stigmatisantes, tant pour la population immigrée que pour leurs descendant.e.s né.e.s en France. Dans le contexte migratoire, l'offre de soins psychiatriques à destination des populations étrangères se heurtait principalement au déni des déterminants sociaux de la santé par le biais d'une pathologisation et d'une médicalisation de la culture des migrants¹⁰.

Les pays anglo-saxons, notamment l'Angleterre, se caractérisent au contraire par l'accentuation des singularités existantes au sein de divers groupes culturels ; des activités de prévention et de soins de santé sont proposées par les services publics, avec l'emploi de travailleurs « ethniques » qualifiés, formés à cet effet et rémunérés par les pouvoirs publics et des *trusts* dans le cadre d'associations communautaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'associations mandatées par le National Health Care (NHC). De nombreuses recherches ont mis en évidence les bénéfices que les associations apportent : un soutien moral pour l'élaboration du deuil collectif, des modèles identificatoires, un ensemble de moyens visant à préserver une identité positive ainsi qu'un accès à des services. Ce dernier point est indispensable dans la mesure où nombre de personnes (mais pas forcément toutes) préféreront d'abord s'adresser à un des leurs, plutôt qu'à des étrangers.ère.s auxquels il.elle.s se sentent redevables de leur accueil¹¹.

Des individus déplacés et exclus peuvent retrouver une identité culturelle de groupe

Le programme Sindiane est issu de l'engagement d'une juriste française aux côtés d'un collectif de réfugié.e.s pratiquant l'autosupport et du soutien psychosocial dans des camps de réfugiés en Grèce, ainsi que de ses expériences professionnelles en France et en Allemagne. Il s'est concrétisé par sa rencontre avec une psychologue syrienne et une artiste pratiquant l'art thérapie. Conscientes de l'efficacité du groupe et de l'intérêt des logiques d'autosupport, elles ont créé ensemble le projet Sindiane. Leur intervention a pour objet de réunir un petit nombre de femmes syriennes. Elle a aussi évolué vers davantage d'*empowerment*, en se structurant en plusieurs séances, et repérant des compétences juridiques auprès de certaines femmes, alors formées pour devenir des relais auprès du groupe. Le récit de vie a un rôle très particulier dans la procédure d'asile.

Abordée d'abord dans un cadre juridique, la narration a pris ainsi de plus en plus de place. Il est difficile d'imaginer qu'un certain nombre de demandeurs d'asile ne se soient jamais confiés sur les événements qu'ils ont vécus, pourtant, c'est ce que notre expérience montre. En effet, il arrive qu'ils n'aient ni forcément l'entourage auprès duquel se confier ni les mots pour décrire spontanément ce qu'ils ont vécu en raison d'effets de sidération. Enfin, ils peuvent vouloir préserver leurs proches de la violence de ce qu'ils ont vécu. Malgré le potentiel important que représente le fait d'accompagner la réappropriation de leur vie par le récit, rien n'est prévu de manière systématique dans le parcours d'asile pour favoriser leur résilience ou leur rétablissement. Au contraire, le seul moment où ils vont livrer cette histoire de vie, c'est-à-dire lors de la comparution devant un officier de

l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra¹²), est souvent une expérience délétaire en raison du contexte et des enjeux cruciaux de cette audience. D'une part, ils n'ont ni le temps ni la confiance nécessaire envers les personnes présentes pour se livrer. D'autre part, leur récit est jugé à l'aune de critères administratifs, juridiques et politiques. Les enjeux liés aux traducteur.ice.s ne sont pas travaillés par la justice et l'administration. Nous constatons un défaut de traducteur.ice.s en amont (lors de la rédaction du récit ou des rendez-vous avec l'avocat, par exemple). Il peut y avoir des situations complexes : le traducteur et le requérant peuvent avoir pour origine des groupes ethniques en conflit, entraînant une non-adhésion du traducteur au récit avec un impact sur la traduction et la crédibilité des propos, ou encore certaines femmes victimes de violences liées au genre peuvent craindre de se confier lorsque le traducteur est un homme. Compte tenu du potentiel de rétablissement que représente la narration de soi, et de son expérience délétaire dans la procédure d'asile actuelle, le programme a souhaité dépasser cette problématique et laisser une place plus importante aux récits de vie, qui sont écoutés, accueillis sans jugement, et que le groupe accompagne pour donner du sens, sous l'égide d'une psychologue. Sont abordés le parcours des participantes, les difficultés passées et présentes de ces dernières et, surtout, les moyens de les affronter. La présence de réfugiées syriennes parmi les animatrices et coporteuses du projet a un effet d'identification positive : « En échangeant avec des personnes positivement transformées par des traumas comparables, l'individu s'ouvre un champ du possible¹³. »

Le programme expérimental Sindiane propose également à Marseille des ateliers ouverts à l'ensemble des femmes arabophones demandeuses d'asile qui souhaitent y participer. Il est prévu que chaque groupe soit accueilli deux jours par semaine pendant un mois, avec un sujet spécifique par atelier permettant de guider les échanges¹⁴.

Les moments de rencontre ont également pour but de créer une solidarité, un réseau d'entre-aide mutuelle. Les porteuses du projet mettent en avant l'autogestion, mais aussi la formation des participantes ayant des compétences ou une appétence pour le droit, l'art ou la psychologie, avec pour objectif de donner à ces femmes identifiées et volontaires les outils leur permettant d'être un relais de l'information au sein de leur communauté et animer à leur tour des ateliers. Les passerelles avec des dispositifs de soutien individuels pour les femmes présentant des troubles plus caractérisés ou en demande sont en cours de formalisation, cela afin d'assurer une fonction de repérage précoce. La communication du programme se fait par le bouche-à-oreille et par le biais des centres d'accueil de demandeurs d'asile en France (Cada) et d'associations soutenant les demandeur.euse.s d'asile. La participation est gratuite.

Le programme Sindiane est innovant par sa forme communautaire dans l'accueil et le partage, dans la transmission de connaissances sociojuridiques, dans l'accompagnement culturel et humain et par sa démarche préventive des psychotraumatismes, sources de souffrance ou potentielles pathologies psychiques. Il apporte un support solidaire pour une population ciblée en termes de besoins, en l'occurrence dans un premier temps, des femmes arabophones en demande d'asile ou réfugiées à Marseille. Il porte également l'espoir d'une vision plus sociale et adaptée de l'accueil de ces personnes en France et en Europe. ▶

¹⁰ Larchanché, S. (2015). Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : généalogie d'une approche anthropologique. *European Psychiatry*, 30(8), 11-22.

¹¹ Bertrand, D. (2001). Santé mentale et culture : enjeux de pouvoir et d'identité. Le cas des associations communautaires de réfugiés vietnamiens en Angleterre et en France. *L'Autre*, 2(2), 339-357.

¹² L'Ofpra est l'office français en charge de la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et de la protection subsidiaire.

¹³ Tarquinio, C. et Montel S. 2014. *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.

¹⁴ Le programme Sindiane est financé depuis le mois de juin 2018 par la Fondation de France. Les thématiques abordées au cours des ateliers sont : droit d'asile et droit des femmes (atelier en français traduit en arabe, animé par une juriste française); art-thérapie, atelier en arabe, animé par une artiste syrienne, permettant aussi un travail autour de la mémoire, et la constitution d'archives sonores, visuelles, graphiques à destination des générations futures.